Fall eines eingekeilten Cervixmyoms unter der Geburt, Kaiserschnitt und Totalextirpation.

■■■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Grabich
Medizinalpraktikant.

■■■

München 1912
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität zu München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548309_0075

Die Complikation von Cervixmyom verbunden mit Gravidität und ihre Folgen auf den Geburtsverlauf gehört zweifellos zu einem der interessantesten Kapitel unserer Geburtshilfe. Cervixmyome geben meist zu den allergefährlichsten Complikationen der Geburt Veranlassung und überreiche Variationen hinsichtlich der einzuschlagenden therapeutischen Maßnahmen treten hier dem Arzt entgegen. Besonders aber dann, wenn ihr Vorhandensein erst mitten intra partum zur Beobachtung kommt. Da gilt es mit klarem Blick die durch sie geschaffenen Situationen, die oft äußerst kompliziert und fatal genug sind, zu überschauen und mit rascher Entschlußfähigkeit und genauester Kenntnis der Aussichten des jeweilig vorzunehmenden Eingriffes eine sachgemäße und sachverständliche Behandlung einzuleiten.

Die Cervixmyomdystocien erfordern, wie wir sehen werden, die ganze Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit des Arztes; geben ihm Gelegenheit, seine Geistesgegenwart und Geschicklichkeit zu bewähren und bringen ihm bei glücklichem Ueberwinden vollauf berechtigten Ruhm und Ehre ein.

Der hier zu beleuchtende, durch Cervixmyom komplizierte Geburtsfall, den mir Geheimrat Döderlein gütigst zur Veröffentlichung überlassen hat und den ich selbst zu beobachten Gelegenheit gehabt, vermehrt die Kasuistik der Myomdystocien in mancher Richtung.

Der Fall von Cervixmyomdystocie war folgender: Am Morgen des 23. Juli 1912 wurde die Gütlersfrau M. H. in die hiesige Frauenklinik eingeliefert. Es handelt sich um eine 37jähr. Erstgebärende in mittlerem Ernährungszustand. Patientin stammt aus gesunder Familie, ist nie ernstlich krank gewesen. Mit 19 Jahren zum erstenmal menstruiert, meist regelmäßig, alle 4 Wochen ohne besonders starke Beschwerden. Letzte Menses vor 10 Monaten. In der letzten Zeit litt Pat. öfters an Unwohlsein und häufigerem Erbrechen, auch stellten sich in der Mitte der Schwangerschaft Harnbeschwerden, schmerzhafter Harndrang und hin und wieder vollständige Harnverhaltung ein. Wehenbeginn wie berechnet, am Schlusse der Schwangerschaft. Die Wehen begannen langsam und träge und waren von äußerster Schmerzhaftigkeit begleitet. Nachdem nach fast viertägigen Kreißen kein Fortschritt der Geburt zu sehen war und die Geburtstätigkeit austreibenden Charakters immer energischer und stürmischer sich gestaltete, nach

Angaben auch Kindspech abgegangen sein sollte, wird Pat. zur Entbindung der Klinik überwiesen. Der Allgemeinzustand war durch die lange mit sehr heftigen Schmerzen verbundene Geburtstätigkeit ein ziemlich bedenklicher. Die Gesichtszüge waren bleich und verfallen, die Temp. betrug 37,5, 100 kleine Pulse, keine Varicen, keine Oedeme, Urin war ohne pathologischen Befund.

Aeußere Untersuchung:

fundus am unteren Rippenbogen, die Betastung des Uterus war schmerzhaft. Kindliche Teile rechts, Rücken links, Kopf oben im fundus, Steiß über dem Beckeneingang, Herztöne links oben vom Nabel, gut zu hören, etwas beschleunigt. Becken normal.

Innerer Untersuchungsbefund ergibt:

Scheideneingang eng, portio hoch oben nach links unter die Symphyse verlagert, noch vollständig erhalten, der Muttermund ist für einen Finger kaum durchgängig, die Fruchtblase ist gesprungen, im Inneren fühlt man einige Zehen, die rechte Beckenhälfte wird von einem gut kindskopfgroßen, derben, beweglichen Tumor, der bis 4 Querfinger über das Os pubis ins Abdomen hervorragt, eingenommen. Rechts neben dem Tumor nach hinten zu ein zweiter praller Tumor; der mit dem Uterus durch einen breiten Stil verbundene Tumor drängt den Steiß nach links und verhindert ihn am Eintreten ins Becken. Die Beckenverhältnisse waren durchaus normale.

Diagnose:

I. Steißlage. Kindskopfgroßes Cervixmyom.

In Anbetracht dieses Befundes, dem ad maximum gedehnten unteren Uterinsegment, der Unüberwindlichkeit des absoluten Geburtshindernisses, der flehentlichen Bitte der Pat. nach einem lebenden Kind und in der Hoffnung dessen, daß das allerdings stark gefährdete Leben des Kindes durch eine rasche Extraktion wohl noch zu retten sei, daß die Mutter noch nicht infiziert sei, war schleunigste Hilfe dringend geboten und so entschloß sich Geheimrat Döderlein, unter den gegebenen Verhältnissen den aussichtsreichen Weg, den Versuch, die Geburt durch vaginalen Kaiserschnitt zu vollenden, sofort einzuschlagen.

Die portio ließ sich gut herausziehen, ebenso gelingt das Decollement leicht. Da auf einmal stellt sich ein unüberwindliches Hindernis entgegen. Es ist vollständig unmöglich, das Kind auf natürlichem Wege zu entbinden, da sich ein Tumor von oben her als unüberwindliches Geburtshindernis dem Steiß entgegenstellt. Deshalb wird der klassische Kaiserschnitt gemacht.

Durchtrennung der Bauchdecken in der Medianlinie, Eröffnung des Peritoneums, Einschneiden auf den Uterus ohne besondere Blutung. Das Kind wird lebend entwickelt und gleich

der Uterus samt Tumor exstirpiert. Die Ovarien bleiben zurück. Peritonisierung der Stümpfe, Vernähung des Peritoneums, der Muskulatur, der Fascie, Vereinigung der Haut mit Michel'schen Klammern. Die Schnittwunde in der vorderen Scheidenwand wird vaginal vernäht.

Das extrahierte Kind lebt, unreif, Gewicht 2500 Gr., Länge 47 cm.

Der Tumor hatte etwa die Größe eines Kindskopfes, war von fester Konsistenz mit teils glatter, teils mäßig zerklüfteter Oberfläche. Er lag mit breiter Basis der rechten vorderen Cervixwand auf und ging nach unten bis fast an den Rand des Muttermundes.

Die Wochenbettverhältnisse gestalteten sich folgendermaßen:

Die ersten zwei Tage verliefen günstig, die Temp. betrug 37,7 und hielt sich während dieser Tage hindurch auf derselben Höhe. Puls 107, kräftig. Mäßiger Meteorismus. Kein Erbrechen, Zunge feucht. Am Abend des dritten Tages post operationem, zunehmender Schweiß, vermehrter Meteorismus, heftige Schmerzen im Unterleib. Die Frau verfiel rapid, wurde unruhig. Puls 112, Temp. 39,0, plötzlich eintretender Collaps. 72 Stunden nach der Operation exitus letalis.

Die Sektion ergab: Peritonitis purulenta diffusa.

Im Anschluß hieran möchte ich etwas eingehender die durch Cervixmyome bedingte schwere Komplikation während der Geburt beleuchten und bezüglich der Behandlung in kurzen Zügen die in Frage kommenden therapeutischen Maßnahmen und Eingriffe streifen.

Man mag über den Begriff „Cervixmyom" denken wie man will, Tatsache bleibt, daß das letztere gegenüber dem Corpusmyom enorm selten ist, während bekanntlich unter den Uteruscarcinomen die der Cervix bedeutend prävalieren. Es besteht also gerade ein umgekehrtes Verhältnis der beiden wichtigsten und häufigsten Neubildungen des Uterus.

Die Annahme Winckels, der das Vorkommen von Cervixmyom mit 5 Prozent berechnet, dürfte bei seinem großen gynäkologischen Material der Wahrheit ziemlich nahe kommen. Aehnliche Resultate fanden verschiedene andere Autoren, so haben nach: Leh, unter 74 Myomen vier, nach Courty unter 131 Myomen 21, nach Döderlein unter 360 Myomen 11, nach Jacubasch unter 58 Myomen 2, nach Löhlein unter 350 14 aller Uterusmyome ihren Sitz in der Cervix. Der Prozentsatz, den die Statistik von Schröder mit 8,1 Prozent ergibt, dürfte nach den bisherigen Publikationen etwas zu hoch gegriffen sein.

Aus der Arbeit Gusserow's: „Die Neubildungen des Uterus", — und der darin enthaltenen reichen Literaturzusammenstellung habe ich betreffs Vorkommen primärer Cervixmyome folgendes gefunden: v. Winckel leugnet das primäre Vorkom-

men von Cervixmyom überhaupt. Er hebt direkt hervor, daß er weder in der Leiche noch in der Lebenden jemals ein primäres Myom der Cervix gefunden habe —, „von oben herabgedrückte allerdings öfters."

Vom anatomischen Standpunkt aus ist es natürlich ganz gleichgültig, an welcher Stelle des Uterus die Myome ihren Sitz haben, denn bezüglich ihres Baues, der in ihnen ablaufenden regressiven Metamorphosen und sonstigen Veränderungen besteht, einerlei wo die Myome sich befinden, kein Unterschied. In geburtshilflicher Beziehung ist dagegen der Sitz der Geschwulst von der allergrößten Bedeutung. Hier kommt namentlich in Frage, wieweit der Tumor den Geburtsvorgang durch Raumbeschränkung behindert. Einen Maßstab zur Beurteilung der voraussichtlichen Schwere des Geburtsvorganges bezüglich der Raumverengung geben allein ab Sitz, Größe, Form, Beweglichkeit, Breite der Insertion und Konsistenz des Myoms und nach allen diesen Richtungen verhalten sich wiederum die Cervixmyome am allerungünstigsten. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist weiterhin in geburtshilflicher Beziehung die Verbindung der Cervixmyome mit ihrem Mutterboden. Sie soll nach den Angaben der meisten Autoren eine besonders lose sein.

Diese Tumoren können die hochgradigsten Verengerungen des Beckens schaffen, so daß es von den Tumoren wie ausgemauert erscheint und es völlig unmöglich ist, zwischen Symphyse und Tumor in die Höhe zu dringen. Ihr Umfang schwankt von dem einer Faust bis zu dem eines Kindskopfes. Zumal solche Geschwülste, die schon zu Beginn der Schwangerschaft ins Becken eingekeilt sind, nehmen bald infolge der Stauung in ihren Gefäßen rapid an Umfang zu und bewirken oft einen vollkommenen Verschluß des Beckenkanals.

Weiterhin bedingen sie mancherlei Anomalien, wie Harn- und Stuhlbeschwerden jeder Art, häufigen Harndrang, retentio urinae mit incontinentia paradoxa, Cystitis, ferner Wehenanomalien, Verzögerung der Geburt bis zu mehreren Tagen, ja bis zu Wochen (Hüter) fehlerhafte Kindslagen, völlige Gebärunmöglichkeit, Tod des Kindes, Quetschung und Knochenbrüche des kindlichen Kopfes und infolge der langen Geburtsdauer häufig Sepsis der Mutter. Violente Rupturen sind von Eckstein, Sarwey und Toloczinow mehrfach beobachtet worden.

Besonders eine nachteilige Beeinflussung der Fruchtlage ist selten zu vermissen. Diese Myome der Cervix verursachen durch ihre Entwicklung im unnachgiebigsten und bindegewebereichsten Abschnitt des Gebärorganes eine abnorme Gestaltung, erschweren weiterhin die Einstellung und Fixation des kindlichen Kopfes. In der Regel sind es Beckenend- und Querlagen (fötale Dystocie der französischen Autoren). Durch den Tumor wird nämlich der kindliche Kopf nach der Darmbeinschaufel hinweggedrängt und

so kommt es bei der Beweglichkeit des Fruchtkörpers zu Anomalien der Lage.

Nach Bumm haben wir in der Norm 96 Prozent Kopf-, 3 Prozent Beckenend- und $^1/_2$ Prozent Quer- oder Schieflagen. Gusserow hat folgende Statistik über Lage des Kindes bei myomatösem Uterus zusammengestellt:

Nauss	fand unter	86	Geburten	46	Schädellagen	= 53,4	%
Süsserot	„ „	68	„	40	„	= 59	%
Toloscinow	„ „	48	„	25	„	= 52	%
Lefour	„ „	102	„	52	„	= 50	%
v Winckel berechnet:						= 59	%

Nauß	22	Beckenendlagen	= 25 %	18	Querlagen	= 20,9	%
Süsserott	16	„	= 23 %	12	„	= 17	%
Toloscinow	13	„	= 27 %	10	„	= 20	%
Léfour	33	„	= 32 %	17	„	= 16	%
v. Winckel berechnete			32 %			17,5	%

Neben Harn- und Stuhlbeschwerden und fehlerhafter Fruchtlage traten in unserem Falle auch noch Wehenstörung und abnorme Verzögerung der Geburt ein. Daß die Wehen gerade bei Myom des unteren Uterinsegmentes oft unregelmäßig und ungenügend sind, läßt sich ja leicht aus der Behinderung allseitiger, gleichmäßiger Zusammenziehung und aus der gesetzten Veränderung der Form erklären: „Charakteristisch für alle Cervixmyomdystocien ist nach Freund der eigentümliche Beginn der eröffnenden Wehen, die schwach, über Tage und Wochen verschleppt und nur in längeren Interwallen wiederkehren. Die Kraft der Uteruskontraktionen, meint er, bricht sich an der starren Unnachgiebigkeit der Cervix und so kommt es infolge der Ermüdung der Uterusmuskulatur immer wieder zu Pausen, indem sie neue Kraft sammelt, um die mühsame Arbeit von neuem zu beginnen.“

Wie stark die Wehen hemmende Wirkung des Myoms sein kann, geht aus Hüters Fall hervor: Es bedurfte dort einer 14tägigen Wehentätigkeit, um den Muttermund auf Fünfmarkstückgröße zu erweitern.

Freund berichtet sogar über einen Fall, bei dem die Geburtsarbeit eine fünfwöchige war, um den Durchtritt eines nach allen Richtungen hin aufs äußerste reduzierten Kopfes zu gestatten.

Dies wären die eigentümlichen Erscheinungen unserer Myomdystocie.

Wie gestaltet sich nun unsere geburtshilfliche Tätigkeit, wenn durch ein derartiges Cervixmyom ein absolutes Geburtshindernis gesetzt ist?

Vorausschicken möchte ich noch, daß von den cervicalen Tumoren die intravaginalen eine bessere Prognose geben als die retrovaginalen oder subserösen, denn die intravaginalen Myome werden in der Regel nicht so groß als die subserösen und können

häufig vor dem Kinde durch Enucleation oder Abtragung entfernt werden.

Zunächst wird man natürlich bei nicht von vornherein gänzlich aussichtslosen Fällen das exspektative Verfahren einschlagen, natürlich aber muß die Pat. unter steter ärztlicher Kontrolle bleiben, so daß im Falle eintretender bedrohlicher Symptome sofort eingegriffen werden kann. Dieses ruhige Beobachten und „bewaffnete" Abwarten ist oft von größerem Erfolge gekrönt als rasches operatives Eingreifen. So sind in der Literatur manche Fälle beschrieben worden, wo die Natur das scheinbar unüberwindliche Hindernis zu beseitigen vermochte, indem noch das intra partum in das kleine Becken eingekeilte Myom durch den Zug der Wehen in die Höhe stieg und so das Kind spontan leicht und lebend geboren werden konnte.

Olshausen, Greif, Hüter u. a. haben Fälle beschrieben, wo sie sich schon vor die Eventualität des Kaiserschnittes gestellt glaubten, wo aber die fest eingekeilten Tumoren durch akutes Oedem so kompressibel wurden und durch fortwährenden energischen Druck des vorliegenden Teiles solche Abplattung erfuhren, daß schließlich die Geburt an dem im Becken befindlichen Tumor vorbei per vias naturales erfolgen konnte.

Blot, Guéniot, Gusserow, Lehnerdt, Spiegelberg und Hecker berichten auch von ins Becken eingekeilten Cervixmyomen, bei denen die spontane Reposition beobachtet wurde und die Myome sich soweit in die Höhe zogen, daß Wendung und Extraktion leicht gelangen. Natürlich muß jedes forcierte Reponieren vermieden werden, da oft blutreiche Adhärenzen zerrissen werden und so den Verblutungstod der Mutter herbeiführen können. Die künstliche Reposition wird man am besten in Knieellenbogenlage oder Narkose vornehmen.

Bei Cervixmyomen, die gestielt sind, ist oft eine spontane Ausstoßung des Tumors in die Scheide beobachtet worden, wo er dann durch Abtragung oder Enucleation per vaginam entfernt werden und so der Durchtritt des Kopfes ermöglicht werden konnte.

Wie lange man bei derartigen Cervixmyomdystocien die eventuelle Austreibung den Naturkräften überlassen soll, ist selbstverständlich unmöglich zu bestimmen.

Von operativen Eingriffen käme noch der vaginale Kaiserschnitt in Betracht. In unserem Falle führte diese Methode wegen der Größe des Tumors zu keinem erfolgreichen Resultate.

Zeigen nun die Tumoren keine Tendenz, spontan in die Höhe zu steigen, ist auf die Unterstützung der Naturkräfte, daß sie zum Siege über das Geburtshindernis verhelfen, nicht mehr zu rechnen, und muß man unter dem dringenden Zwange irgend einer anderen schweren Komplikation die Geburt so schnell wie möglich beenden, so birgt heutzutage bei den glänzenden Fort-

schritten der modernen operativen Gynäkologie der Kaiserschnitt unter günstigen Verhältnissen, d. h. wenn Pat. noch fieberfrei auf den Operationstisch kommt, die weitaus besten Erfolge für Mutter und Kind.

Keine Schwierigkeiten konnte in unserem Falle die Wahl zwischen Amputation und Exstirpation des Uterus machen. Fritzsch löst die Frage, ob Amputation, ob Totalexstirpation kurz und bündig folgendermaßen: „Ist die Cervix normal, d. h. nicht myomatös, so wird amputiert, befinden sich in ihr Myome, so wird sie exstirpiert. Die Entscheidung ist einfach: Ist sie dünn, fühlt man nichts bei der Betastung vorn und hinten, so Amputation. Ist sie dick, fühlt oder sieht man noch am Parametrium Tumoren in der Cervix, so Exstirpation.

Eine zweite unbedingte Anzeige zur Totalexstirpation war die Erwägung dessen, daß Pat. schon seit mehreren Tagen kreißte, mehreremale schon vom Arzt und der Dorfhebamme untersucht worden war, man also annehmen mußte, daß schon eine Infektion stattgehabt haben könnte. Infolge des drohenden Gespenstes der eventuell bereits eingetretenen Infektion hieß es soviel wie möglich, vor allem auch die Cervix uteri, von der so häufig auch die puerperalen Infektionen ausgehen, zu entfernen (Olshausen).

Mehrere Gynäkologen, wie Bumm, Varnier, Delbet, Landau, Stolypinski, Edge, Frank u. a. fügen ausnahmslos der sectio caesarea die Totalexstirpation aus zweierlei Gründen an, erstens soll die abdominale exstirpatio uteri totalis wie auch das kombinierte abdomino-vaginale Verfahren einen bedeutenden Vorteil der supravaginalen Amputation gegenüber gewährleisten. Zweitens ist durch Auslösung der Cervix die Möglichkeit einer sehr wirksamen Drainage zur Vagina hinaus gegeben (Thurnier).

Thumin verwirft aus einem dritten Grunde unterschiedslos die supravaginale amputatio uteri. Aus seiner eigenen Praxis sah er ungefähr 15 Fälle, in denen sich nachträglich in dem zurückgelassenen Cervixstumpf ein Carcinom oder Sarkom entwickelt hat. Diese geringe Zahl der Fälle, wo eine maligne Degeneration des zurückgelassenen Cervixstumpfes eintrat, meint Thumin, sei doch ein gewichtiges Moment, welches gegen die Zurücklassung der Cervix sprechen dürfte.

Im scharfen Gegensatz hierzu stehen die Anhänger der supravaginalen amputatio uteri. Diese Operation sei erstens bedeutend leichter und in kürzerer Zeit auszuführen und zweitens werde bei ihr wegen Nichteröffnung der Vagina die Gefahr der Infektion gemindert. Sie führen nur dann die Totalexstirpation aus, wenn die Pat. mit hohem Fieber auf den Operationstisch kommt, wenn sichere Zeichen von Zersetzung des Uterusinhaltes bestehen und wenn die Myome in der Cervixwand ihren Sitz haben.

Ueberblickt man die Statistik über die Erfolge der beiden Methoden, so sieht man, daß die Mortalität bei sectio caesarea mit nachfolgender Totalexstirpation trotz ihrer, wie besonders Döderlein betont, sehr eindringlichen Gefahren der Blasenverletzungen und Ureteren Unterbindungen bedeutend geringer ist gegenüber der supravaginalen amputatio und bei weitem bessere Chancen für Mutter und Kind abgibt. Für die supravaginale Amputation berechnet Olshausen auf 45 Fälle eine Mortalität von 17,7 Prozent, Apfelstedt auf 15 Fälle eine Mortalität von 20 Prozent, Thumin auf 89 Fälle eine Mortalität von 11,2 Prozent, Lémaire sah bei 67 5 Exitus. Für die Totalexstirpation ergibt sich dagegen folgendes Resultat: Thumin hat 14 Fälle mit nur einem Exitus letalis, Döderlein hat 31 Fälle mit nur einem Exitus, Winter berechnet die Mortalität zu 7,7 Prozent, die Berliner Klinik hat 7 Fälle mit 2 Exitus und soweit ich die Bibliothek der Münchner Klinik überblicken konnte, hat dieselbe 5 mit 2 Exitus letalis.

Erwähnen möchte ich noch die in der allgemeinen Praxis wohl am wenigsten geübte Art, dem Kinde den Weg am Tumor vorbei zu ermöglichen, die Symphysiotomie. In der Literatur habe ich nur einen Fall veröffentlicht gefunden: Lepage berichtet von einem Fall, wo es sich um Myom der Cervix und des Fundus handelte. Er machte die Symphysiotomie und konnte einen glücklichen Ausgang für Mutter und Kind konstatieren.

Warum diese Operationsmethode, die sonst in der operativen Gynäkologie die glänzendsten Resultate gezeitigt hat, bei Cervixmyomen und Gravidität so wenig geübt wird, ist leicht zu verstehen. Wohl jedem ist es einleuchtend, daß ein größeres räumliches Mißverhältnis durch die Symphysiotomie kaum genügend beseitigt werden dürfte, denn der die Beckenenge bedingende Tumor und die mit ihm verbundenen Gefahren bleiben bestehen.

Um vollständig zu sein, möchte ich noch der sectio caesarea mit nachfolgender Kastration Erwähnung tun, die wohl jetzt nur noch in ganz vereinzelten Fällen geübt werden dürfte. Ich lasse am besten Thumin über diese Operationsmethode sich äußern:

„Diese operative Kombination, ein absolutes Geburtshindernis durch die Myome vorausgesetzt, wird nur dann angezeigt sein, wenn die Entfernung der Myome bezw. die Entfernung des Uterus und der Myome nach dem Kaiserschnitt sich technisch als zu schwierig zeigt. Man verfolgt dann mit der Kastration den doppelten Zweck: die Frau steril zu machen und einen eventuellen Einfluß auf die Rückbildung der Myome auszuüben. Eine Indikation für diesen operativen Eingriff wird sich schon deshalb äußerst selten ergeben, weil einerseits die obenerwähnten technichen Schwierigkeiten kaum je überwindbar sein werden und andererseits gerade in diesen schwierigen Fällen die Exstirpation der Eierstöcke, die dann völlig in Adhäsionen eingebettet,

schwer zugänglich und verlagert sind, gleichfalls keinen technisch ganz einfachen und ungefährlichen Eingriff darzustellen braucht. Die Gefahren, welche für den konservativen Kaiserschnitt bestehen, gelten hier in erhöhtem Maße".

Auf Grund obiger Ausführungen liegt die große Bedeutung der Komplikation von Cervixmyom mit Schwangerschaft klar vor uns und am Schlusse meiner Arbeit glaube ich folgende Grundsätze, die für die Behandlung der Cervixmyomdystocien den jetzigen Erfahrungen zu entnehmen sind, aufstellen zu dürfen.

Bei Komplikation ist, wie überall in der Geburtshilfe bei Abwesenheit bedrohlicher Erscheinungen ein gesunder Konservativismus das Richtige. Ruhiges Beobachten und bewaffnetes Abwarten — eine angemessene Zeit lang — ist am Platze.

Wir haben gesehen, daß es infolge der durch die Wehentätigkeit herbeigeführten Veränderungen der Cervix und des Tumors zur Spontangeburt kommen oder mindestens soweit Förderung eintreten kann, daß alle weiteren Maßnahmen bedeutend erleichtert und die leichteren Entbindungsverfahren in Kraft treten können. Natürlich darf, so sehr im allgemeinen eine möglichst expectative Leitung der Geburt bei komplizierten Myom angebracht ist, doch auch darin nicht übertrieben werden und der für Mutter und Kind günstige Moment zum Eingreifen verpaßt werden.

Verhelfen aber die Naturkräfte nicht zum Siege, ist die Entfernung des Tumors seines Sitzes wegen unmöglich und erheben sich dringende Anzeichen zur sofortigen Entbindung, dann treten die oben des längeren erörterten operativen Entbindungsverfahren in ihr Recht.

Nach diesem kurzen Ueberblick an Hand obigen Falles über die verschiedenen Stadien, die eine Komplikation von Cervixmyom mit Gravidität — Intrapartum — verursachen kann, möchte ich noch weitere Fälle aus der hiesigen Universitäts-Frauenklinik folgen lassen:

In dem Zeitraum der letzten 12 Jahre habe ich trotz des ungeheuer großen Materials der Klinik nur drei Fälle finden können, die unserem obigen Falle ähneln, vollkommen gleichgeartete habe ich nicht konstatieren können. Ich habe hier bestätigt gefunden die in jeder Beziehung zutreffenden Worte Döderleins von den Cervixmyomen, der da sagt:

„Die Form ihres Auftretens ist eine so außerordentlich wechselnde, daß man unter vielen Hunderten kaum zwei antrifft, die sich vollständig gleichen."

Fall I.

Diagnose: Gravida mens. X. Cervixmyom.

Therapie: Laparatomie, Totalexstirpation.

Anamnese: Mädchen von 25 Jahren; Mutter an Wassersucht, Vater an Lungenschlag gestorben; 10 Geschwister ge-

sund. Patientin selbst nie krank gewesen; keine Fehlgeburt, keine Geburt.

Menstruation: Erste Regel mit 16 Jahren; seither alle vier Wochen regelmäßig, 3—4 Tage anhaltend, mittelstark; jetzige Klagen: wehenartige Schmerzen.

Status praesens: Jugendliches, gut genährtes Mädchen. Gravidität im 10. Monat!

Laparatomie: Leibschnitt nach Pfannenstiel. Es präsentiert sich der im 10. Monat schwangere Uterus, der am unteren Uterinsegment quer incidiert wird, Entwicklung des Kindes am vorliegenden Kopf. Kind lebt, ist 2900 Gramm schwer.

Typische Totalexstirpation des Uterus: Der Muttermund ist handtellergroß; in ihm sichtbar das faustgroße, submuköse Cervixmyom. Etagennaht der Bauchdecke mit Seide; Klammern.

Verlauf: Andauerndes Wohlbefinden, Patientin verläßt gesund die Klinik.

Fall II.

Es handelt sich hier um eine 40jährige Frau, mit einem gut mannsfaustgroßem Cervixmyom. Während die früheren Geburten stets normal verlaufen waren, hatte bei dieser Geburt das Myom ein absolutes Geburtshindernis gebildet. Als Patientin am 5. Tage nach spontanem Blasensprung in die Klinik eingeliefert wurde, wird sofort zur Beendigung der Geburt durch Cervikalschnitt, Perforation und Kranioklasie des toten Kindes geschritten. Am folgenden Tage nahm Geheimrat Döderlein die abdominelle Totalexstirpation vor und konstatierte dabei inkomplette Uterusruptur. Nach 5 Tagen trat infolge septischer Peritonitis und Thrombophlebitis der Exitus letalis ein.

40 Jahre alte Waschfrau.

Familienanamnese: Eltern, 5 Geschwister gesund.

Kinderkrankheiten: Scharlach; mit $^5/_4$ Jahren Laufen gelernt.

1. Regel: Mit 15 Jahren, dauerte 8 Tage, war mittelstark, alle 4 Wochen regelmäßig menstruiert.

Verlauf früherer Geburten: 5 spontane Geburten mit lebenden reifen Kindern.

Letzte Geburt vor 3 Jahren; 4. Kind mit einem Jahr gestorben, die übrigen leben. Befinden in der Schwangerschaft: Zuletzt wenig Appetit. Sodbrennen. Außer dem Hause zweimal gespült, untersucht und katheterisiert.

Status praesens: Patient kommt am Ende des 10. Schwangerschaftsmonates, 5 Tage nach dem Blasensprung auf den Kreißsaal mit kräftigen Wehen. Bad und Einlauf, Temperatur 38,2, Puls 80. Körperbau klein, Knochen und Muskulatur kräftig. Ernährungszustand gut. Leichte Varizen. Keine Oedeme. Brüste groß, hängend, Warzen flach, Warzenhof fünfmarkstückgroß, gut pigmentiert. Drüsensubstanz gut entwickelt. Kolostrum.

Aeußere Genitalien: O. B. Scheide: Weit, Portio verstrichen, äußerer Muttermund dreimarkstückgroß. Cervikalkanal und innerer Muttermund verstrichen, Muttermundsrand wulstig, keine Herztöne zu hören. Oberhalb Symphyse fühlt man einen etwa faustgroßen weichen Tumor, der nicht mit der gefüllten Blase verwechselt werden kann. Bei Katheterisieren entleeren sich nur wenige Tropfen klaren Urins. Als vorliegender Teil wird der Kopf festgestellt.

Diagnose: Faustgroßes Myom der vorderen Cervixwand.

Verlauf: 5 cm lange Incision in die Cervix. Perforation des toten Kindes, Kranioklasie und Extraktion mittels Kephalokranioklast. Placenta durch Credé entfernt.

Uterusscheidentamponade. Beim Nachfühlen ergibt sich für den oben genannten Tumor ein cervikales Myom. Außerdem trägt der Uterus mehrere kleinere Myomknoten. Kind weiblichen Geschlechts, reif, 50 cm lang, 2350 Gramm schwer, tot. Nabelschnur 50,7 cm lang, 1 cm dick. Insertion seitlich, Mutterkuchen vollständig. 500 Gramm schwer, Größe und Dicke: 18:16:2. Gestalt rundlich, lappig.

Im Abdomen kein Blut, aber eine mäßige Menge seröser Flüssigkeit. Heraushebeln des kindskopfgroßen Uterus, mittels Bohren, was erst nach Abtragen der linken Ligamenta gelingt. Es zeigt sich eine inkomplette Ruptur nach rechts, Haematom im rechten Parametrium. Totalexstirpation unter Zurücklassen des linken Ovariums. Vernähung der Scheide. Peritonisierung der Stümpfe. Schluß der Bauchhöhle. Keine Gallensteine. 5 Tage post operationem Erbrechen, Abgang von schwarzem, blutig gefärbtem Stuhl, Temperatur ansteigend auf 38,5, Leib stark aufgetrieben, Exitus letalis.

Fall III.

41 jährige 6-para, kräftig gebaute Frau, die angeblich nie ernstlich krank gewesen sein will. Erste Regel mit 18 Jahren, von da an menstruierte sie regelmäßig alle 4 Wochen. Menstruation dauert 4—5 Tage, ohne besondere Beschwerden. Sämtliche früheren Partus ohne Kunsthilfe und ohne Besonderheiten gut überstanden. Jetzt 2. Schädellage. Patientin befindet sich am Ende der Schwangerschaft, kindliche Herztöne gut zu hören, Puls und Temperatur der Mutter in den Grenzen der Norm. Patientin kreißt angeblich bereits 5 Tage lang. Die Wehen waren anfangs sehr stark, cessierten dann mehrere Stunden und traten allmählich wieder in kurzen Zwischenräumen — schwach — auf. Fruchtblase seit 32 Stunden spontan gesprungen. Patientin wird vom behandelnden Arzt wegen Gebärunmöglichkeit eingeliefert. Ursache der Gebärunmöglichkeit ist ein etwa kindskopfgroßer, äußerst harter Tumor. Er füllt das kleine Becken aus, buchtet die hintere Scheidenwand bedeutend aus und hindert den Fortgang

der Geburt. Ein vorgenommener Repositionsversuch in Knie-Ellenbogenlage — später in Narkose — mißlang.

Laparatomie: Querer Fundalschnitt. Extraktion eines lebenden, reifen, ausgetragenen Kindes.

Das absolute Geburtshindernis ist ein tief im Douglas befindliches, von der Cervix uteri ausgehendes beinahe kindskopfgroßes festes Myom. Die Totalexstirpation des Uterus wird sogleich angeschlossen. Patientin hat Operation gut überstanden und wird nach 20 Tagen, nach völlig fieberloser Heilung, nach Hause entlassen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein für die Uebernahme des Referats und Herrn Professor Dr. Baisch für seine liebenswürdige Unterstützung und Anregung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Messelhäuser, Myom als Geburtshindernis.
2. Trautmann, Myom und Schwangerschaft.
3. Gehring, Beiträge zur Complication von Myom und Schwangerschaft.
4. Kirchheimer, Zur operativen Behandlung der Myome der Gebärmutter in der Schwangerschaft und Geburt.
5. Süsserott, Beiträge zur Kasuistik der mit Uterusmyom complicierten Geburt.
6. Kohasli, Schwangerschaft und Myom.
7. Fuerstenberg, Ueber das Cervixmyom.
8. Pfister, Ueber das Cervixmyom.
9. Denné, Veränderungen der Myome während der Gravidität und Einfluß derselben auf die Geburt.
10. Havestadt, Ein Fall von Adenomyom der Cervix uteri.
11. Freund, Cervixmyom unter der Geburt.
12. Feldberg, Ueber Uterusmyom als Geburtshindernis.
13. Busse, Ueber Complicationen von Schwangerschaft und Geburt mit Uterusmyom.
14. Amann, Cervixmyom (Münchn. med. Wch. 1888.)
15. Archim, Verhältnis der Myome zur Schwangerschaft.
16. Cordes, Ueber den Bau des Uterusmyoms.
17. Fabricius, Ueber Myome und Fibrome des Uterus.
18. Falkenberg, Beitrag zur Lehre von den Uterusmyomen.
19. Frey, Ueber das Cervixfibromyom.
20. Halban, Kindskopfgroßes Myom der unteren Muttermundslippe.
21. Kleinhaus, Zur Complication von Schwangerschaft mit Myom.
22. Küstner, Submucöses Myom von einem nach einer supravaginalen Amputation zurückgelassenen Cervixstumpf.
23. Landau, Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Myomen des weiblichen Sexualapparates.
24. Leopold, Die operative Behandlung der Uterusmyome.
25. Olshausen, Beitrag zur conservativ-chirurg. Behandlung der Uterusmyome.
26. Döderlein, 90 Totalexstirpationen wegen Myoma uteri.
27. Quaas, Ein Beitrag zur Kenntnis der Coll. Myome.
28. Sänger, Cervixmyome
29. Schäfer, Collummyom sarcomatös degeneriert.
30. Schirokauer, Der traubige Schleimhautpolyp der Cervix.
31. Schauta, Retrovesicale Cervixmyome
32. Scholer, Ueber Fibromyom des Uterus.
33. Thiele, Fall von Fibromyom der hinteren Muttermundslippe.
34. Tillaux, Collummyom bei einem 19 jähr. Mädchen.
35. Hartog, Gebärkomplikationen durch Myom.
36. Velitz, 2 Fälle von Cervicalmyom.
37. Horbeck, Ueber Cervixmyome unter besonderer Berücksichtigung der Portiomyome.
38. v. Winckel, Ueber Myome des Uterus, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
39. Zacharias, Eine seltene Form des Cervixmyoms.
40. Zweifel, Lehrbuch der Geburtshilfe.
41. Scholypinski, Ueber Complikation der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes mit Uterusfibromyom.
42. Bäcker, 6 Fälle von Fibrommyoma, kompliziert mit Schwangerschaft.

43. Gusserow, Neubildung des Uterus.
44. Bumm, Lehrbuch der Geburtshilfe.
45. Amann, Ueber Neubildungen der Cervicalportion des Uterus.
46. Dietel, Ueber die Totalextirpation des schwangeren Uterus wegen Cervicalmyom und Laparatomie.
47. Olshausen, Myom und Schwangerschaft. Veits Handbuch der Gynäkologie.
48. Hofmeier, Einfluß der Myome des Uterus auf Conception, Schwangerschaft und Geburt.
49. Apfelstedt, Zur operativen Behandlung der Myome.
50. Hanfmeier, Ueber Operationen am schwangeren Uterus.
51. Fehling, Ueber Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Tumoren der Beckenorgane.
52. Schröder, Die Laparatomie in der Schwangerschaft.
53. Kant, Myom und Gravidät.
54. Gräf, Ueber die Complic. der Geburt mit Myom.
55. Stratz, Centralblatt für Gynäkologie.
56. Wertheim, Myom.
57. Martin, Lehrbuch der Geburtshilfe.
58. v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe I, 1. u. 2.
59. Müller, Zur Kasuistik der Uterusgeschwülste, Scanzonis Beiträge 186 S. Bd. IV.
60. Böhrig, Berl. klin. Wochenschrift.
61. Winter. Lehrbuch der gynäk. Diagnostik.
62. Knoop, Münchn. med. Wochenschr. 1903, A. 21.
63. Dührssen, Archiv für Gynäk. S. VII.
64. Runge, Lehrbuch der Geburtshilfe.
65. Thumin, Chirurg. Eingriffe bei Myom der Gebärmutter.
66. Pape, In der Geburt eingeklemmtes Cervicalmyom usw.
67. Thorn, Myomoperation am schwangeren kreissenden Uterus.
68. Radaban, Ueber Cervixmyome.
69 Litschkus, Kaiserschnitt wegen Cervicalmyom.
70. Wiener klin Wochenschr. 1897. (v. Marchthurn) Beiträge zur operativ. Therapie bei Compl. von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Myomen.
71. Hüter, Das Myom des Uterus als Geburtshindernis.
72. Döderlein-Krönig Lehrb. d. operat. Gyn.

Lebenslauf.

Verfasser, Hans Grabich, wurde geboren am 12. September 1887 zu Leipzig-Gohlis als Sohn des Optikers Wilhelm Grabich und dessen Ehefrau Rosa geb. Zimmermann. Nachdem er die II. höhere Bürgerschule seiner Heimatstadt besucht hatte, wurde er Schüler der Thomasschule zu Leipzig, die er Ostern 1907 mit dem Reifezeugnis verließ. Darauf genügte er seiner militärischen Dienstpflicht im 8. Kgl. sächs. Infanterie-Regiment 107, studierte an den Universitäten Leipzig (4 Semester) und München (6 Semester). Die ärztliche Vorprüfung bestand er in München 1910, die ärztliche Prüfung daselbst am 25. Mai 1912.

Hans Grabich.